

CUOTA FAMILIAR DE PRIMEROS PASOS Formulario 14 (12-04)
SOLICITUD DE EXENCIÓN POR INCAPACIDAD PARA PAGAR

FECHA: ____/____/____ Coordinador de Servicios: _____ No. del Proveedor _____

Dirección del Coordinador de Servicios: _____

Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DE IDENTIDAD

Nombre Legal del Niño: _____ Fecha de Nacimiento del Niño: ____/____/____

No. de ID de CBIS _____ Fecha Inicial de IFSP: ____/____/____ No. de Cuenta de Cuota Familiar _____

Nombre(s) de Padre/Guardián: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección de Padre/Guardián: _____

SECCIÓN B: HOJA DE TRABAJO DE GASTOS EXTRAORDINARIOS

(Identifique como promedio los gastos del bolsillo como compras, gastos y modificaciones para satisfacer las necesidades extendidas o adicionales relacionadas a la incapacidad del niño/de la niña, y gastos relacionados a otros miembros de la familia con incapacidades o quienes requieran cuidado extendido, como por ejemplo los ancianos. Estas consideraciones no se extienden a los servicios médicos para otros miembros de familia. Si más que un niño/una niña está en Primeros Pasos, favor de completar una Solicitud de Exención individual para cada niño/niña.)

GASTO	Niño/Niña Elegible ANUALIZADO	Otro Miembro de Familia ANUALIZADO
Pagos Hospitalarios/Médicos Actuales		N/A
Costo Especial del Cuidado de Niños (diferencia relacionada a la incapacidad) <i>Incluya Documentación Escrita</i>		N/A
Materiales, Reservas, Modificaciones relacionadas a la incapacidad		
Equipo Especializado		
Servicios Médicos/de Salud – relacionados a la incapacidad del niño		N/A
Medicamentos Especiales		N/A
Suplementos Alimentarios Especiales		
Costo de Transportación/Estacionamiento relacionado a la incapacidad		N/A
Primas de Seguros de Salud (cantidad no pagada por el empleador)		N/A
Co-pagos o pagos de escala móvil para servicios relacionados a la incapacidad		
Otro:		
TOTAL DE GASTOS EXTRAORDINARIOS ANUALES	\$	\$
TOTAL DE GASTOS ANUALES	\$	

Firma de Padre/Guardián: _____

SECCIÓN C: HOJA DE TRABAJO DE ECONOMÍA Y COMPOSICIÓN FAMILIAR

Ingreso Anual (Línea 35 de 1040): \$ _____ No. que Residen en el Hogar: _____

Obligación Mensual de Cuota Familiar Actual: \$ _____ Categoría de Cuota Familiar Actual: _____

SECCIÓN D: HOJA DE TRABAJO DE CANTIDAD DE INGRESO AJUSTADO

Ingreso Anual (Sección C, 1.) \$ _____ - Total de Gastos Anuales (Sección B) \$ _____ = Ingreso Ajustado \$ _____

= Nueva Obligación Mensual de Cuota Familiar \$ _____ Nueva Categoría de Cuota Familiar _____

(Aplice el ingreso ajustado con el tamaño del hogar para determinar la nueva obligación mensual de Cuota Familiar. Se concederá la aprobación solamente por tres [3] meses del calendario a la vez.)

Firma del Coordinador de Servicios: _____

ENVÍE AL: Family Share Administrator, Department for Public Health, Adult and Child Health Improvement - First Steps, 275 E. Main Street - HS 2WC, Frankfort, KY 40621

For Office Use Only		
Date Received: _____	Approved: Yes _____ No _____	Signature: _____
cc: CBIS	Approved for Months of _____	